

DE L'HÉMORRAGIE

DANS

LA PROSTATECTOMIE TRANSVÉSICALE

MÉTHODE DE FREYER

THÈSE

*Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier*

Le 16 juillet 1909



PAR

Louis CARBONNEL

Né à Servian (Hérault), le 22 novembre 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET ROUMÉGOUS

Rue Vieille-Intendance, 5

1909

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. MAIRET (*), DOYEN.
SARDA, ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale.

Clinique chirurgicale.
Thérapeutique et Matière médicale.
Clinique médicale.
Clinique des maladies ment. et nerv.
Physique médicale.
Botanique et Histoire naturelle médicale.
Clinique chirurgicale.
Clinique ophtalmologique.
Chimie médicale.
Physiologie.
Histologie.
Pathologie interne.
Anatomie.
Clinique chirurg. infantile et orthopédie.
Microbiologie.
Médecine légale et Toxicologie.
Clinique des maladies des enfants.
Anatomie pathologique.
Hygiène.
Pathologie et thérapeutique générales.

Clinique obstétricale.

MM. GRASSET (*).

Chargé de l'enseignement de pathologie et thérapeutique génér.

TEDENAT.
HAMELIN (*).
CARRIEU.
MAIRET (*).
IMBERT.
GRANEL.
FORGUE (*).
TRUC (*).
VILLE.
HEDON.
VIALLETON.
DUCAMP.
GILIS.
ESTOR.
RODET.
SARDA.
BAUMEL.
BOSC.
BERTIN-SANS (H.).
RAUZIER.
Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
VALLOIS.

PROFESSEURS ADJOINTS : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
DOYEN HONORAIRE : M. VIALLETON.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT
SECRÉTAIRE HONORAIRE : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

<i>Clinique annexe des maladies syphil. et cutan.</i>	VEDEL, agrégé.
<i>Clinique annexe des maladies des vieillards..</i>	VIRES, agrégé.
<i>Pathologie externe.....</i>	LAPEYRE, agr. libre.
<i>Clinique gynécologique.....</i>	DE ROUVILLE, prof. adj.
<i>Accouchements.....</i>	PUECH, prof. adjoint.
<i>Clinique des maladies des voies urinaires.....</i>	JEANBRAU, agrégé.
<i>Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....</i>	MOURET, prof. adjoint
<i>Médecine opératoire.....</i>	SOUBEYRAN, agrégé

Agrégés en Exercice

MM.	MM.	MM.
GALAVIELLE.	SOUBEIRAN.	LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT Ed.	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

M. IZARD, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse

MM. FORGUE, président.
ESTOR, professeur.
JEANBRAU, agrégé.
GRYNFELTT, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage affectueux de ma reconnaissance.

A MA SŒUR

A MA FIANCÉE

A TOUS MES PARENTS

L. C.

A mon Président de Thèse,

M. le Professeur FORGUE

A TOUS MES MAITRES

L. G.

Nous tenons à remercier ici notre maître,
M. le professeur Forgue, d'avoir bien voulu
nous inspirer le sujet de notre travail et de nous
avoir aidé de ses conseils.

Que tous nos maîtres reçoivent l'expression
de notre reconnaissance pour la bienveillance
qu'ils ont montrée à notre égard durant le cours
de nos études.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE L'HÉMORRAGIE

DANS

LA PROSTATECTOMIE TRANSVÉSICALE

MÉTHODE DE FREYER

INTRODUCTION

Nous lisons dans le livre de Freyer, et nous croyons qu'il est bien juste de connaître d'abord l'opinion de l'inventeur de la méthode sur le point spécial que nous voulons étudier : « Généralement l'opération occasionne fort peu d'hémorragie. » Et dans la série d'observations très nombreuses qui passent sous nos yeux, nous ne voyons, la plupart du temps, rien d'indiqué au sujet de cet accident. Cependant, quelques pages plus loin, Freyer nous avertit que parfois il y a un suintement sanguin et nous apprenons que pour y remédier, il relève les pieds du lit du malade et lui injecte de l'ergotine sous la peau. Il a soin d'ajouter : « Je n'ai jamais vu d'hémorragie en connexion avec l'opération réclamant des mesures plus actives. » Enfin, en poursuivant notre lecture, nous trouvons cet aveu : « Une hémorragie secondaire peut survenir dans quelques cas. C'est une suite très rare de l'opération, mais cela peut arriver. »

Bien différent est l'avis de M. Carlier, de Lille (1) : « Il m'est arrivé comme à d'autres chirurgiens d'opérer presque à blanc ; mais le fait est plutôt rare et il faut en pratique compter avec le saignement postopératoire. » Pour ce dernier l'hémorragie est la règle.

D'autres, comme M. Michon (2), prétendent qu'après l'opération il y a un suintement sanguin continu de la loge prostatique, qui dure plusieurs jours après l'intervention et qui, allant parfois en augmentant, inquiète le chirurgien et l'oblige à entreprendre une lutte active dans laquelle la victoire n'est pas toujours facile.

Nous pouvons enfin citer l'opinion de Proust, qui admet la fréquence relative du saignement postopératoire bénin et confirme l'avis de Freyer, à savoir : que l'hémorragie dangereuse est une complication extrêmement rare.

N'ayant pas la prétention d'entrer dans des discussions où nous ne pourrions faire que des hypothèses, nous voulons retenir, cependant, de ces opinions diverses : que, comme le dit M. Marion dans la lettre qu'il a eu l'amabilité de nous adresser, les cas d'hémorragie mortelle dans la prostatectomie transvésicale sont rares. Mais que par contre on observe, dans des proportions plus ou moins considérables, des saignements divers dans leur intensité et dans le moment ou le mode de leur manifestation.

Nous nous proposons, après avoir examiné les conditions générales de l'hémorragie qui peut survenir durant ou après la prostatectomie transvésicale, d'étudier les divers types qu'on en observe, et nous verrons enfin de quels moyens dispose la chirurgie pour la prévenir ou la combattre.

(1) *Annales des maladies des org. génit. urin.*, 1908, p. 1396.

(2) Conférence à l'Assoc. d'enseignement des Hôp. de Paris.

I. — CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'HÉMORRAGIE

Il nous paraît utile à la clarté de la question, de rechercher les causes de cette hémorragie possible. Nous les trouverons dans l'état anatomique de la région, et dans des susceptibilités particulières aux divers malades, dont le chirurgien peut plus ou moins se rendre compte.

Rappelons d'abord la façon si pittoresque et claire dont Freyer conçoit l'anatomie des rapports entre la prostate et la loge où elle git : Pour lui, il est essentiel de faire une distinction nette entre la « Capsule vraie » de la prostate qui lui est intimement unie et dont on ne peut la séparer, et la « gaine prostatique » formée par le fascia recto vesical. C'est dans l'épaisseur de cette dernière que se trouve le plexus veineux prostatique, placé principalement sur le devant et sur les côtés de la prostate. Nous ne pouvons mieux faire que de citer textuellement la comparaison si suggestive que fait Freyer entre la prostate et une orange : « Si nous imaginons la partie comestible de ce fruit comme étant composée de deux segments seulement au lieu du grand nombre, avec l'arête centrale placée verticalement, nous avons un tableau rudimentaire et naturel de la conformation de la prostate. Le tissu fibreux, solide qui recouvre les segments de l'orange et qui est intimement uni à la pulpe, représente la capsule vraie de la prostate, les deux segments ou valves de l'orange représentent les deux lobes. En outre l'écorce de l'orange rappelle la capsule extérieure ou gaine prostatique ».

On comprend ainsi facilement, et on conçoit d'une façon toute théorique le peu de fréquence de l'hémorragie dans l'énu-

cléation de la prostate, si la méthode de Freyer est suivie à la lettre. Freyer en effet incise la muqueuse vésicale avec l'ongle ; l'orifice est ainsi le plus étroit possible et il n'est agrandi que par le doigt qui s'insinue dans la déchirure. Le plexus vénéux de la loge prostatique est lésé le moins possible. De plus, si on insinue le doigt dans le vrai plan de clivage entre la capsule et la gaine prostatique, l'hémostase est favorisée, car on rompt les vaisseaux unissant la prostate à sa gaine par tiraillement, et chacun sait, que c'est un bon moyen d'obturer la lumière d'un vaisseau et de l'empêcher de saigner, que de le rompre par elongation de ses parois jusqu'à ce qu'on ait dépassé la résistance de leur élasticité. Et il est bien vrai, comme le dit Proust, que l'hémorragie est une complication qui se présente surtout « lorsque au lieu de faire une énucléation correcte et méthodique, on a procédé à un arrachement brutal ». Parfois cet arrachement est obligatoire, car il arrive qu'on trouve des prostates adhérentes à leur gaine et le clivage est impossible.

Il nous paraît intéressant de noter ici un détail que donne J. Victor Pauchet d'Amiens (1). Il nous prie de nous souvenir qu'on n'enlève pas la glande en entier, mais simplement la portion dégénérée, et qu'il reste, adhérente aux parois de la loge prostatique, une coque musculaire et fibreuse comparable à la paroi utérine. Mais puisque le plan de clivage se trouve entre la prostate et sa gaine, si on n'enlève pas toute la glande, si on laisse une partie de l'organe, a-t-on suivi le plan de clivage ?

On comprend que dans ces conditions, il y ait sur la paroi de la loge prostatique de véritables sinus ouverts et ne demandant qu'à saigner. Nous n'avons aucune raison de croire qu'il

(1) *Arch. prov. de chir.* déc. 1908.

y ait entre la prostate et sa gaine des connexions vasculaires par des vaisseaux d'une telle importance.

Que dirons nous des conditions contingentes des hémorragies de la prostatectomie transvésicale? Il est logique de penser que l'âge, non pas le nombre absolu d'années que compte un individu depuis sa naissance, mais l'état d'usure et de dégénérescence plus ou moins avancé de ses organes, influe sur la réaction post-opératoire. On comprend que la sclérose et la friabilité des vaisseaux, l'inertie de la loge prostatique et des muscles environnants prédispose à l'hémorragie. Il peut se faire aussi que la trop grande distention de la loge prostatique par un organe démesurément hypertrophié soit la cause, après l'énucléation de son contenu, d'une hémorragie *a vacuo*, comparable à celles que l'on observe si on vide rapidement de l'urine qu'elle contient une vessie surdistendue. Il faut compter aussi avec le plus ou moins de vascularisation de la néoformation ; sa consistance peut donner des renseignements à ce sujet.

L'arthritisme veineux, qui met les parois des veines dans un état de moindre résistance, prédispose aussi à l'hémorragie. Nous pouvons signaler aussi l'hémophilie qui, chez les sujets qui en sont atteints, entrave l'hémostase.

Voilà tout autant de facteurs dont un nombre trop restreint d'observations ne nous permet pas de préciser le rôle, dans l'étiologie des hémorragies, de l'énucléation de la prostate, mais dont il est aisé de comprendre l'importance.

Nous devons aussi faire mention de la cause principale des hémorragies secondaires; nous entendons par là, pendant les suites opératoires, la distention, sous une influence quelconque, de la loge prostatique. Nous verrons plus loin, à propos d'une observation de Freyer, par quel mécanisme se produit le saignement.

Il est une notion de physiopathologie intéressante, que

rapportent tous les auteurs et que nous croyons bon de mentionner ici : La loge prostatique, après qu'elle a été vidée de son contenu, revient sur elle-même, se rétracte et par ce processus favorise l'hémostase. La rétraction de la loge prostatique est le résultat de la contractilité de sa paroi propre; mais elle est aidée par la tonicité de tous les muscles du périnée qui l'encerclent à l'extérieur, et par la pression que produit le tassement des organes pelviens.

II. — ÉTUDE DES DIFFÉRENTS TYPES D'HÉMORRAGIES

Il nous paraît logique, après avoir lu les descriptions et les observations des divers auteurs qui ont écrit sur la question, de diviser les hémorragies de la prostatectomie transvésicale en deux catégories : 1° Les petites hémorragies, qui, comme le dit Proust, sont peu graves par leur abondance, mais le deviennent par leur persistance ; 2° Les grandes hémorragies graves d'emblée, qu'on peut encore subdiviser en immédiates et tardives.

Nous allons passer en revue ces trois types d'hémorragie, rapportant à propos de chacune des observations que nous avons pu recueillir ou des avis que les faits observés ont inspiré aux divers opérateurs.

Voici le tableau que nous donne M. Michon (1) de la petite hémorragie, du suintement continu dont nous avons d'abord à nous occuper :

« Mais, au pansement, celle-ci (l'hémorragie) commence à se montrer..., le malade continue à saigner le jour ; il saigne le lendemain et plus. Il est angoissant pour le chirurgien de voir continuer une hémorragie contre laquelle un tamponnement est médiocrement efficace. »

Dans le même ordre d'idées, nous lisons dans Proust : que quelquefois on observe « une hémorragie peu grave par son abondance, mais le devenant par sa persistance. »

(1) MICHON. Confér. à l'Assoc. d'enseign. méd. des hosp. de Paris. *Ann. des mal. des org. gén. urin.* Vol. II, n° 49, 1908.

En cherchant dans les observations de Freyer, nous n'avons trouvé que peu d'observations qui semblent répondre à cette forme là. Nous lisons, la plupart du temps, cette simple mention : presque pas de sang, pas de réaction. Un cas cependant nous semble pouvoir être rapporté.

Cas 19

«.... Il y eut peu de complication, malgré une perte assez considérable de sang pendant vingt-quatre heures. »

Le malade était diabétique.

Nous pouvons aussi citer une observation de M. Le Fur (1).

Observation II

De B..., cinquante-trois ans... Je pratique l'opération en mai 1908. Prostatectomie transvésicale extra capsulaire. Hémorragie abondante. Tamponnement de la cavité prostatique. Le malade saigne pendant huit jours. Fermeture de la vessie en quarante jours, guérison complète.

Chez ce malade on avait noté que certaines parties de la prostate « dures à l'intérieur... sont recouvertes par une partie très vasculaire qui s'imbibe de sang comme le ferait une éponge ».

Nous trouvons encore dans Proust (2) une observation de Jackson :

(1) LE FUR. Des prostatiques jeunes. *Soc. de méd. de Paris et Progrès méd.*, mai 1904-

(2) PROUST. *La prostatectomie, dans l'hypertrophie de la prostate*. 1904.

« W. P....., âgé de soixante-cinq ans..... J'enlevai assez facilement la prostate en trois morceaux par l'incision sus-pubienne. Hémorragie profuse assez facilement arrêtée par l'irrigation à l'eau boriquée chaude. La large plaie déchiquetée laissée par l'ablation de la prostate fut bourrée avec de la gaze. Quelques sutures au catgut furent placées sur la paroi vésicale et une portion de la gaze fut laissée passant au travers de la plaie jusques à la peau. Pendant la fin de ce jour et le suivant, le malade eut des vomissements et il eut un suintement considérable. »

Il nous paraît utile de signaler un mot qu'on lit dans cette observation : « La large plaie *déchiquetée* laissée par l'ablation de la prostate. »

Voici une autre observation rapportée aussi par Proust ; elle est de Barling.

« Malade âgé de cinquante-six ans..... obèse..... prostate très hypertrophiée, élastique..... Je pratique l'opération le 20 septembre. Elle se fit sans incident, si ce n'est une hémorragie assez abondante. Le neuvième jour, il y eut un suintement sanguin assez abondant..... ».

Dans une observation de Foster nous notons :

« Un peu d'hémorragie pendant l'opération qui fut facilement modérée par un tamponnement et qui s'arrêta au bout de vingt-quatre heures. »

Voilà un premier type d'hémorragie relativement fréquent ; mais qui ne semble pas fait pour mettre le chirurgien aux abois, et qui ne peut guère servir d'argument sérieux contre la prostatectomie transvésicale.

L'hémorragie grave et inquiétante, mortelle à brève échéance

si on n'intervient pas rapidement est heureusement rare, semble-t-il; car les observations n'abondent pas. A moins que cette pénurie ne vienne de ce que les cas défavorables sont passés sous silence.

C'est de cette hémorragie dont parle Legueu (1), quand il s'écrie : que les opérés « meurent d'une hémorragie par une plaie ouverte et non tamponnée et qui tue le malade le premier ou le deuxième jour ou quelquefois plus tard. »

« Un de mes malades, dit-il, eut une hémorragie secondaire au dixième jour. »

Nous connaissons le cas que M. Marion a pu observer en décembre dernier et où le malade succomba quatre heures après l'opération.

Nous pouvons rapporter aussi un cas de M. Escat, de Marseille (2), quoique il y ait ici des circonstances toutes particulières : opération faite d'urgence sur une vessie sur-distendue dont la paroi a peut-être pris part à l'hémorragie.

« C'est un homme de soixante-six ans..... Prostatectomie le 26 mai. La paroi à peine incisée, hernie de la vessie..... Poche noirâtre..... Je reconnais que la poche est formée par la muqueuse vésicale saillante entre les fibres musculaires dilacérées et rompues..... Mon aide voulant placer une compresse effondre la poche et un flot d'urine hématurique s'échappe, la vessie tamponnée un instant est rapidement explorée, la muqueuse est congestionnée pleine d'ecchymoses et de suffusions sanguines, je fais maintenir un tampon, car l'hémorrhagie continue très inquiétante, d'un coup de ciseaux j'amorce le clivage et j'énuclée aussi vite que possible la glande soulevée par des pinces de Museux. »

(1) LEGUEU. Rapport au XV^e Congrès international de Lisbonne.

(2) ESCAT, de Marseille. *Prostatectomie transvésicale d'urgence*. Assoc. française d'urolog. 10 oct. 1908.

Suit le traitement opposé à l'écoulement sanguin, et qui consiste en un tamponnement. Il s'agit ici d'une hémorragie très grave, et l'auteur ajoute dans son observation :

« Il n'est pas douteux que sans ce tamponnement mon malade aurait rapidement succombé. L'énucléation de la glande molle et grosse avait été facile et régulière, mais la muqueuse vésicale saignait autant que la loge prostatique..... Injections d'eau très chaude et le malade est ramené dans son lit..... Le soir le malade ne saignait plus, les suites ont été normales. »

M. Legueu a bien voulu nous donner la relation d'une hémorragie qu'il a eu l'occasion d'observer il y a, dit-il, environ dix-huit mois. Un purgatif avait été par erreur administré trop tard au malade, et il en est résulté une débâcle diarrhéique dans les quelques minutes qui ont suivi l'opération. « Des poussées formidables, des efforts violents, écrit M. Legueu, ont pour moi expliqué cette hémorragie qui suivit une opération simple et rapide. » Le malade succomba à cet accident.

M. Pousson, de Bordeaux, nous écrit : « ... J'ai perdu deux malades déjà épuisés au moment de l'intervention, chez lesquels l'hémorragie, assez abondante, se prolongea jusques à la mort, survenue dans les 48 heures. » Et il ajoute : « Si je m'en rapporte à mon expérience personnelle, l'hémorragie que certains considèrent comme fréquente après l'opération de Freyer est exceptionnelle. »

Voici l'observation très détaillée et très intéressante qu'à bien voulu nous donner M. Forgeue :

« M. J. C. âgé de 61 ans, a déjà présenté une dizaine de crises de rétention d'urine, dont la première remonte au mois de septembre 1905. La dernière crise a été particulièrement grave : Elle est survenue en voyage, a nécessité un cathétérisme difficile, et s'est compliquée d'une très abondante héma-

turie qui a duré plus de vingt-quatre heures. Depuis cette crise, la dysurie est habituelle, les mictions sont très fréquentes, pénibles, lentes ; la nuit, le sujet se lève six à huit fois pour de petites mictions très pénibles.

La prostatectomie transvésicale est proposée au malade, qui, en raison de la dysurie croissante de la très copieuse hématurie de la dernière crise, des difficultés du cathétérisme rencontrées par le médecin traitant, cependant très expérimenté, réclame une intervention curatrice.

L'opération de Freyer est exécutée avec une entière correction : en cinq minutes M. Forgue achève l'énucléation de la prostate entière, dont les deux lobes latéraux sont très hypertrophiés. La prostate est enlevée d'un bloc, avec la portion d'urètre correspondante. Le clivage s'est fait dans la zone normale de la gaine. Les assistants sont frappés de l'absence de suintement sanguin abondant, et se félicitent de la simplicité d'exécution de l'intervention. Le tube de Freyer est placé en position haute, classique, et tout semble devoir évoluer avec le minimum de complication.

Or, une heure après l'intervention, M. Forgue, qui heureusement n'avait point encore quitté sa clinique, est appelé brusquement, parce que une hémorragie est apparue, qui a déjà imbibé tout le pansement. Le pouls, qui était à 80, monte progressivement : Il est à 110, mal frappé ; l'opéré accuse des bourdonnements d'oreille ; sa face est pâle. Le malade est immédiatement reporté sur la table d'opération : Les sutures cutanées sont désunies ; deux pinces à abaissement sont placées sur les bords de l'incision vésicale et les tiennent solidement, pendant que l'index est le médius, faisant office de curette, vident rapidement la vessie d'un énorme caillot qui l'occupe. Une injection très chaude n'amène aucun résultat d'hémostase : L'eau ressort très rougie, et il est évident que la cavité d'énucléation prostatique continue à saigner abondamment. La situation est d'ailleurs pressante : Le pouls

devient filiforme, la pâleur de la face s'accroît, les extrémités se refroidissent. M. Forgue bourre alors de cinq compresses très serrées le fond de la cavité d'énucleation prostatique et le bas fond vésical ; dans ces manœuvres, l'incision vésicale s'est agrandie : les deux bords en sont fixés de chaque côté de la plaie hypogastrique par deux points en U au fort catgut.

L'hémostase a été réalisée par ce tamponnement sans lequel il est hors de doute que l'opéré n'eût pas tardé à succomber à l'abondante hémorragie. En effet, pendant près de quarante-huit heures, la situation est restée très incertaine. Malgré trois litres de sérum, malgré une dizaine d'injections d'huile camphrée, malgré deux injections de spartéine et de strychnine, à une heure du matin le pouls est encore imperceptible ; il ne se relève un peu que dans la matinée, demeurant au-dessus de 130 et presque insensible à la radiale. Vers le soir, la situation a encore empiré : malgré 4 litres de sérum, le pouls radial est imperceptible ; et la famille est avertie d'une issue funeste possible. Néanmoins, nous ne désespérons pas. Nous faisons de l'autotransfusion par la compression des membres, ce qui a paru vraiment efficace ; nous plaçons le blessé en position très déclive ; nous continuons le sérum par petites injections de 250 centim. cubes toutes les deux heures ; nous faisons deux injections de 1 milligr. de strychnine ; nous appliquons en permanence sur la tête du sujet des compresses chauffées, et, vers huit heures du matin, nous avons la grande satisfaction de voir le pouls radial redevenir perceptible, le facies perdre sa pâleur cadavérique, le cœur reprendre de l'énergie contractile. Mais cet état est encore précaire : Pendant trente-six heures il nous faut encore continuer, toutes les quatre heures, une petite transfusion de sérum ; l'état d'anémie aiguë où cet opéré a été placé est très lent à se réparer, et nous avons traversé, pour arriver à la convalescence, encore bien des incidents. Après l'ablation des compresses, qui eut lieu le cinquième jour, les urines devinrent fortement ammo-

niacales, incrustant les parois et le fond vésical : il fallut de grands et continuels lavages pour en venir à bout. La sonde à demeure fut mal tolérée; une orchite se déclara, qui vint encore compliquer la situation; enfin, plus d'un mois après l'opération, apparut une phlébite de la jambe gauche dont la résolution nécessita plus d'un mois.

A travers ces encombres, la guérison a été cependant parfaite. Actuellement les urines sont claires, l'orchite a complètement disparu; il ne reste de la phlébite aucune trace : le sujet urine facilement, à plein jet, cinq à six fois par jour; la nuit il a encore une ou deux mixtions.

Dans la catégorie des hémorragies graves, nous n'avons garde d'omettre le cas rapporté par Freyer dans son livre. Ici l'étiologie de cette hémorragie relève d'une cause que nous n'avons fait que mentionner dans notre exposé du début, nous réservant de rapporter, à propos de l'observation elle-même, la façon dont Freyer en explique le mécanisme.

« La forme la plus sérieuse d'hémorragie se manifeste, c'est étrange à dire, dans les cas où le travail de réparation étant très rapide, il en résulte la fermeture de la plaie extérieure plus tôt que d'habitude. L'urine passe alors par l'urèthre avant que la plaie prostatique soit assez cicatrisée pour supporter la pression qui en résulte sur sa surface, l'hémorragie survient alors due au spasme de la vessie, et de son corollaire, à savoir : la pression intempestive dans la cavité prostatique ».

Voici l'observation :

Cas 185.

« Malade âgé de cinquante sept ans, vu avec M. S. D. Madge, à Londres, le 5 mai 1905. Symptômes prostatiques datant de sept ans. Complète rétention d'urine le 4 aout 1904 vaincue par la sonde, qui dut être employée pendant plusieurs semai-

nes, le malade étant confiné au lit pour une cystite. Depuis cette époque, plusieurs crises fébriles dues à la septicémie urinaire. Ecoulement sanguin abondant, il y a quinze jours. J'introduisis la sonde, et retirai 240 grammes d'urine résiduelle, acide, contenant du pus. La prostate est fortement hypertrophiée, lisse, douce, mobile entre les deux mains. Santé générale assez bonne.

Le 15 mai, en présence de M. Madge, j'énucleai la prostate, pesant soixante grammes, entière dans sa capsule. La durée de l'opération fut de trois minutes et demi, presque pas de sang ni de réaction. Pendant la première quinzaine, aucun fâcheux symptôme : En fait, la cicatrisation fut plus rapide que d'habitude, l'urine passait librement par le canal le 26 mai et la plaie sus pubienne était close le jour suivant. Le 29 mai, pendant que le patient était sur la chaise percée, il y eut un peu d'écoulement sanguin mélangé à l'urine et il survint des spasmes douloureux et des efforts malgré les irrigations répétées pour dissoudre les caillots. En conséquence, je rouvris la plaie sus pubienne, laquelle était solidement cicatrisée, et le malade étant chloroformé, j'introduisis un drain de fortes dimensions. L'hémorragie cessa alors complètement. Le tube fut retiré après une semaine. Dès le 14 juin, la plaie étant complètement fermée, toute l'urine passait normalement.

Le 24 juin le patient quittait le surgical home, emettant et retenant son urine aussi bien que jamais. Il est actuellement en parfaite santé ».

Il ne nous semble pas que ces diverses observations aient besoin de longs commentaires. On voit par elles que des causes multiples et nullement extraordinaires sont susceptibles de provoquer le saignement de la loge prostatique ; et par là, que l'hémorragie dans la prostatectomie suspubienne est une complication avec laquelle le chirurgien a peut-être plus à compter que ce qu'on a voulu le prétendre.

III. — DES DIVERS TRAITEMENTS DE L'HÉMORRAGIE

Nous allons maintenant passer en revue les divers moyens qui ont été proposés pour combattre l'hémorragie dans la prostatectomie transvésicale. Dans un premier point, nous étudierons les moyens préventifs, réservant le traitement de l'hémorragie déclarée pour un second point.

On a proposé, pour prévenir l'hémorragie, des moyens divers, qu'on peut appliquer avant, pendant ou après l'opération.

Avant l'opération, voici qu'elle est la façon de faire de M. Marion, telle qu'il nous la décrit dans la lettre qu'il nous a envoyée : « Pour prévenir l'hémorragie, je donne à mes malades, dans les deux jours qui précèdent l'opération, une potion avec 4 grammes de chlorure de calcium et, d'autre part, la veille, je fais pratiquer une injection de dix centimètres cubes de sérum anti-diphthérique. » M. Michon propose aussi le chlorure de calcium administré pendant les quelques jours qui précèdent l'opération; et il pratique l'anesthésie au moyen de la rachistovaïnisation. M. Carlier est aussi partisan de l'emploi du chlorure de calcium. Il fait remarquer que, pour qu'il soit efficace, ce médicament ne doit pas être administré en même temps que le lait. Il utilise aussi le sérum d'animal frais. L'emploi de tous ces médicaments nous semble logique; cependant nous ne pouvons admettre *a priori* le pouvoir hémostatique de la rachistovaïnisation. Agirait-elle par vaso-constriction? Mais à cette vaso-constriction une vaso-dilatation intense ne succède-t-elle pas? L'efficacité du

chlorure de calcium nous paraît théoriquement plus probable ; nous savons qu'il restaure l'excitabilité des nerfs frappés d'inhibition et qu'il augmente la coagulabilité du sang. D'ailleurs, au point de vue pratique, l'unanimité des suffrages en sa faveur est la meilleure justification de son emploi.

Il est une manœuvre employée pendant l'opération par la plupart des opérateurs pour prévenir l'hémorragie, ou, du moins, la réduire à son minimum. Voici comment M. Pauchet, d'Amiens, parle de cette manœuvre :

« Faire une bonne hémostase évite à la fois la pénétration des germes et l'écoulement de sang. » Il nous rappelle les analogies de la loge prostatique avec un utérus délivré ; aussi, « de même qu'après l'accouchement, poursuit-il, nous évitons l'hémorragie et l'infection en nous assurant de la rétraction de l'utérus par l'absence de caillots et de membranes dans sa cavité, et en aidant cette rétraction par le massage, de même nous pouvons faire revenir la paroi prostatique sur elle-même en la pétrissant, en la massant. » Voici sa technique : Lavage à l'eau chaude par la plaie hypogastrique. Pas de pression pour éviter la distension de la loge prostatique. Ensuite, « tandis que l'index gauche soutient à travers le rectum la paroi prostatique postérieure, l'index droit masse, pétrit, écrase, aplatit les parois prostatiques. Ce doigt opère un mouvement circulaire sur la partie de la muqueuse vésicale flottante. Cet index ne pénètre pas dans la loge prostatique, mais la ferme, en appliquant l'une contre l'autre les parois cruentées. Si ce massage est bien fait, l'index peut à peine pénétrer dans la cavité qui, quelques minutes auparavant, renfermait une prostate grosse comme un œuf, »

C'est aussi d'une façon analogue que procède Freyer : « L'index est de nouveau introduit dans la vessie, tandis que celui de l'autre main est dans le rectum. Les surfaces extérieures de la cavité qui renfermait la prostate sont ensuite

côprimées l'une contre l'autre, autour de l'ouverture vésicale, au moyen de la pulpe des doigts. » La vessie reçoit aussi une irrigation d'eau boriquée à 45 degrés avec les mêmes précautions que nous avons signalées être prises par M. Pauchet ; mais, ici, elle est donnée « au travers de la sonde laissée dans le pénis ». De plus, Freyer ajoute cette observation : « Cela ne doit pas durer plus de deux ou trois minutes, car l'expérience m'a démontré que ces irrigations provoquent l'écoulement sanguin au lieu de le faire cesser si on les continue trop longtemps. »

Après l'opération, ce sera par des soins minutieux qu'on évitera l'hémorragie. Certains ont prétendu qu'il était plus difficile de soigner convenablement les suites d'une prostatectomie transvésicale que de faire l'opération elle-même.

On se souviendra que toute irritation ou toute distention de la loge prostatique peut provoquer une hémorragie ; aussi on placera le gros drain qui plonge dans la vessie par la plaie abdominale assez haut pour qu'il ne vienne pas irriter, comme un corps étranger, la cavité prostatique. On évitera toute cause de distention par l'accumulation des caillots ou par le défaut d'issue de l'urine. C'est pour cela que Freyer emploie un drain de très grand diamètre et qu'il pratique chaque jour une irrigation lente et sous faible pression de la vessie.

On a pris toutes les précautions utiles, et malgré ce, l'hémorragie, pour quelque-une des causes que nous avons signalées au début, se manifeste.

Dans la plupart des cas, cette hémorragie n'est pas alarmante et n'exige pas, de la part du chirurgien une intervention décisive. On lit dans Freyer : « En cas de suintement sanguin après l'opération, il faudra élever les pieds du lit à l'aide de briques et donner des injections hypodermiques d'ergotine. Je n'ai jamais vu d'hémorragie en connexion avec l'opération, réclamant des mesures plus actives. »

Convient-il, en cas de suintement sanguin, de faire un tamponnement? Nous plaçons ici la réponse qu'a bien voulu nous adresser M. Legueu à cette question.

« Tous les malades saignent après la prostatectomie, mais la plupart saignent le premier jour sans tamponnement et c'est fini le lendemain. Avec le tamponnement le saignement est plus durable et moins abondant. »

Il ne semble donc pas qu'il y ait intérêt à tamponner d'une façon habituelle, puisque somme toute ce tamponnement n'offre guère d'avantages dans les cas bénins et qu'il a des inconvénients tels que de faciliter l'infection.

Si l'hémorragie prend brusquement, au cours de l'opération ou dans la suite, une tournure alarmante, si le sang vient à flots envahir le champ opératoire ou imbiber le pansement, si rapidement le malade a un pouls incomptable, s'il pâlit et se refroidit, en un mot s'il est près d'être rapidement saigné à blanc et que la syncope mortelle soit imminente, il ne faut pas hésiter à recourir immédiatement aux moyens radicaux, il faut s'opposer à la sortie du sang hors des vaisseaux.

Nous avons vu que Freyer n'a pas hésité à rouvrir une vessie dont la plaie suspubienne était déjà solidement cicatrisée. Dans ce cas particulier le drainage, qui supprima la distention de la loge prostatique en permettant l'évacuation du contenu vésical, caillots et urine, fut un moyen suffisant pour mettre fin au saignement ; mais il aurait pu arriver que malgré cette intervention le sang continuât à couler toujours ; et, en fait, nous avons cité des cas d'hémorragie très graves, où, quoique toutes les issues fussent largement ouvertes, le sang ne cessait de couler. Il faut alors prendre l'offensive et arrêter le sang en mettant un obstacle à sa sortie.

Le tampon est la barrière qu'on oppose au sang qui suinte en nappe des parois des diverses cavités. On tamponne les fosses nasales, on tamponne l'utérus, et il est tout naturel

qu'on pense à mettre un tampon dans une loge prostatique qui saigne.

C'est le moyen qu'ont employé, et généralement avec succès, les chirurgiens qui ont eu à combattre une hémorragie de la prostatectomie. Plusieurs malades ont été sauvés ainsi.

Chaque chirurgien a quelque détail de technique spécial ; mais le but poursuivi est identique et les résultats semblables.

« Dans le cas, nous a écrit M. Marion, où je me trouverais en présence d'une hémorragie inquiétante, je pratiquerais un tamponnement de la loge prostatique avec issue de la mèche à la plaie abdominale et mise en place de mon tube comme d'habitude. Pour une hémorragie dans une tumeur de la vessie (ablation totale de la paroi) j'ai eu recours à ce moyen qui m'a fort bien réussi. »

Dans le cas, que nous avons rapporté, où M. Escat, de Marseille, eut pendant l'opération une hémorragie grave, il tamponna sans retard :

« Je place immédiatement le tamponnement spécial que j'utilise contre les grandes hémorragies et qui consiste dans une grande compresse à la Mickuliez dont le centre est attiré dans la loge prostatique par un fil de soie retrograde qui franchit l'urèthre membraneux et sort au méat. Ce fil est fortement attiré au dehors, fixé à une compresse qui refoule la verge contre le pubis. Des mèches de gaze enfoncée dans le sac de gaze complètent l'hémostase. Le tube de Freyer est placé dans la vessie derrière le tampon.

C'est grâce à un tamponnement rapide et énergique que notre maître, M. Forgue, sauva un malade qu'il avait prostatectomisé à sa maison de santé et qui fut pris d'hémorragie le soir du jour de l'intervention.

Nous n'avons pas la prétention de préconiser tel ou tel procédé de tamponnement, la compétence nous fait défaut. D'ailleurs la façon de procéder peut varier selon les circons-

tances dans lesquelles on se trouve et les moyens dont on dispose. Le meilleur procédé pour tel chirurgien est celui dont il a le plus l'habitude, celui qu'il a déjà employé et celui, par conséquent, qu'il fera le plus rapidement et le plus parfaitement.

Comme la précocité de l'intervention est en l'occurrence une condition essentielle de son succès, il en résulte que le chirurgien qui ferait à un malade, qu'il ne pourrait pas après l'opération surveiller de très près, une prostatectomie transvésicale, commettrait une grave imprudence. Il faut qu'il puisse, à la moindre alerte, être dans quelques instants auprès de son malade pour intervenir sans retard. «

Il va sans dire que le traitement général des grandes hémorragies ne doit pas être négligé. On pratiquera des inhalations d'oxygène pour suppléer à l'insuffisance de l'hématose, on fera des injections de caféine, d'huile camphrée ou d'éther pour stimuler le cœur, on injectera du sérum pour réparer la perte de sang et relever la pression dans l'appareil circulatoire. Pour éviter le danger d'une syncope, le malade sera secoué le moins possible et couché la tête basse.

CONCLUSIONS

(a) L'hémorragie dans la prostatectomie transvésicale n'est pas une complication négligeable, puisque on observe très souvent des saignements gênants et parfois des hémorragies inquiétantes dont quelques unes ont coûté la vie aux malades.

(b) Les causes de cette hémorragie étant très variées et obscures, elle est très difficile à prévoir ; et c'est parfois au moment où on s'y attend le moins qu'elle éclate. Ce sera souvent à la suite d'une opération où on n'aura presque pas vu de sang, que l'hémorragie secondaire surviendra formidable.

(c) Les chirurgiens avertis se tiennent sur leur garde et ne se décident à opérer qu'après mûre réflexion et obligés par des raisons majeures. Ils se tiennent prêts, après l'opération à parer à la complication à la moindre menace.

(d) La prostatectomie transvésicale semble devoir perdre, au sujet du danger d'hémorragie qu'elle comporte, un peu de la réputation de bénignité qu'un mouvement d'enthousiasme confiant avait établie et que l'expérience et l'observation critique commencent à entamer.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 8 juillet 1909.

Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 8 juillet 1909.

Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

Bangs. — Quelques observations sur la prostatectomie. *Med. record.*, vol. LXIX, N° 25, 23 juin 1906.

Brin. — Des soins postopératoires après la prostatectomie sus-pubienne. *Arch. méd. d'Angers*, 20 février 1908, p. 65-86.

Brongersma (Amsterdam). — Quelques observations sur la prostatectomie transvésicale. *Compte rendu de l'Assoc. franç. d'urol.* Paris 1907.

Carlier. — A propos de la prostatectomie transvésicale. *Ann. de Guyon*. 1908, t. II, p. 1396.

Escat. — Prostatectomie transvésicale d'urgence. *Assoc. franç. d'urol.* 10 oct. 1908.

— Drainage de la vessie et de la loge postatique après la prostatectomie transvésicale. Tamponnement par traction intra-urétrale. *Compte rendu de la Soc. d'urol.* Paris 1906.

Julien. — La prostatectomie transvésicale dans le traitement de l'hypertrophie prostatique. Thèse. Paris 1907.

Kümmel. — De la prostatectomie. 36^e Congr. de la Soc. all. de chir. *La Sem. méd.*, N° 16, 17 av. 1907.

Le Fur. — Des prostatiques jeunes. *Soc. de méd. de Paris et Progrès méd.*, Mai 1904.

Leguen. — Rapport au XV^e Congrès international de Lisbonne.

— De la prostatectomie périnéale et transvésicale. *Compte rendu de l'Assoc. franç. d'urol.* Paris 1905.

Leguen et Chirié. — L'état anatomique de la vessie après la prostatectomie Fuller Freyer. *Bull. de la Soc. d'anatomie de Paris*. 1905.

- Marion.** — Prostatectomie suspubienne. *Presse méd.*, 16 janvier 1909, p. 83.
- Michon.** — De la prostatectomie dans l'hypertrophie de la prostate. *Annal. des mal. des org. génit. urin.* Vol. II, N° 19, 1908, p. 83.
- Moscon.** — Considération sur les suites de la prostatectomie transvésicale. *Press. méd.*, 2 juin 1906.
- Parcellier.** — Prostatectomie transvésicale totale. Thèse. Bordeaux 1908-09.
- Pauchet.** — Chirurgie de la prostate, 1909; *Arch. prov. de chir.*, déc. 1908; *Anal. des mal. des org. gén. urin.*, 10 juin 1909, p. 763.
- Proust.** — La prostatectomie dans l'hypertrophie de la prostate. 1904.
- La loge prostatique. *Ann. des mal. des org. gén. urin.* 1903.
- La prostatectomie transvésicale et la prostatectomie périnéale. *Compte rendu de l'Assoc. franç. d'urolog.* Paris 1903.
- Vassan.** — Quelques points d'anatomie intéressants au point de vue de la prostatectomie. *Ann. de Guyon*, p. 1740, 1905.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
